

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1^{er} juillet 1908, à 1 heure

Par **Alfred MARY**

Né à Bort (Corrèze), le 26 avril 1880.
Ancien-externe des hôpitaux
Médaille de bronze

SUR UN CAS

DE

RUPTURE DE PYOSALPINX

PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Président : M. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. PINARD, professeur.
GOSSET et COUVELAIRE, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10

(Anciennement, 26 rue Monsieur-le-Prince)

1908

286

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1^{er} juillet 1908, à 1 heure

Par Alfred MARY

Né à Bort (Corrèze), le 26 avril 1880

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze

SUR UN CAS

DE

RUPTURE DE PYOSALPINX

PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : { MM. PINARD, professeur.
GOSSET et COUVELAIRE, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10

(Anciennement, 26 rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR GEORGES MARY

Hommage de filiale reconnaissance.

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous sommes heureux d'exprimer notre reconnaissance aux maîtres qui pendant nos années d'externat ne nous ont ménagé ni leur peine, ni leur bienveillance.

Chez *M. le Dr Just Lucas-Championnière*, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la légion d'honneur, qui nous témoigna toujours une sollicitude et un intérêt tout paternels, nous avons étudié à l'Hôtel-Dieu les maladies chirurgicales (*Externat 1903-1904*).

A l'hôpital Necker, nous sommes fier d'avoir été l'élève du *Dr Routier*, chirurgien des hôpitaux. Qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour le sympathique accueil qu'il nous a toujours fait et pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués (*1903-1904*).

Nous emportons aussi le plus agréable souvenir des savantes leçons de nos distingués maîtres *M. le Dr Béchère*, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et

MM. les professeurs agrégés Lepage, accoucheur à l'hôpital Boucicaut, et Legueu, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Nous remercions également notre maître *M. le Dr de Beurman*, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Qu'il soit assuré du souvenir reconnaissant que nous gardons de son enseignement et de son accueil.

INTRODUCTION

La rupture d'un pyosalpinx au moment de l'accouchement est une chose rare.

C'est après en avoir observé un cas, que l'idée nous est venue de rechercher les observations déjà parues et d'en tirer des conclusions.

Cette rupture est rare, *au moment de l'accouchement*, parce que :

1° On doit opérer, pendant la grossesse, toute femme accusant une douleur abdominale, qu'on peut rattacher à une inflammation (*appendicite et grossesse ; salpingite et grossesse*). Donc toute femme, atteinte de pyosalpinx, sera opérée pendant la grossesse.

On comprendra, dès lors, que notre étude s'applique à des pyosalpinx non diagnostiqués pendant la gestation.

2° Une salpingite unilatérale, et, à plus forte raison, une salpingite double sont, dans une certaine mesure, incompatibles avec la grossesse ; et cela pour plusieurs raisons. Dans les salpingites aiguës puru-

lentes, les franges du pavillon sont agglutinées, de manière à fermer l'orifice abdominal, tandis que l'ostium uterinum reste ouvert. La muqueuse est tomenteuse, grisâtre. Les cils vibratiles sont tombés et les cellules de l'épithélium déformées. Le pyosalpinx est l'aboutissant de ces lésions par oblitération de l'ostium uterinum.

Dans ces cas de collection enkystée, la grossesse serait impossible, si la lésion était double. Or on trouve des observations où le pyosalpinx était double (*in thèse Clénet, Nantes, 1906*).

Pour expliquer la grossesse on est donc obligé d'admettre qu'il y avait, au moment où s'est opérée la fécondation, une simple salpingite légère ou bien un pyosalpinx unilatéral. Cette fécondation une fois faite il peut y avoir eu aggravation des lésions, comme c'est souvent le cas, et oblitération de la trompe ou des deux trompes, restées perméables jusqu'au début de la grossesse.

3° Parce que aussi, l'avortement est souvent le résultat des salpingites et il est provoqué par plusieurs sortes de causes : causes mécaniques et phénomènes généraux graves, infection de la muqueuse utérine, toxémie maternelle, hyperthermie et mort du fœtus. On trouve des quantités d'observations d'avortements au cours d'une grossesse compliquée de salpingite.

Il n'est donc pas étonnant que les femmes atteintes de salpingites ou bien ne soient pas fécondées, ou bien ne puissent pas conduire leur grossesse à terme.

Dans une statistique publiée par *Campione* et basée sur 150 *inflammations pelviennes* il a trouvé que la gestation avait eu lieu 109 fois, dont 3 accouchements laborieux par atonie utérine, 2 prématurés à 7 mois, et 6 fois des suites de couches fébriles et pathologiques (*Ann. de Gyn. Obst. et Pæd.*, mai 1908).

Il n'est pas question de rupture dans cette étude.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Lorsque les deux orifices de la trompe, ostium uterinum et ostium abdominale, sont oblitérés, le pyosalpinx est constitué et le pus s'accumule dans la trompe ; tantôt la trompe est régulièrement dilatée et ressemble à un boudin, tantôt la dilatation est plus prononcée du côté de l'orifice abdominal et la tumeur ressemble à une poire, tantôt enfin la trompe est irrégulièrement dilatée.

Habituellement et dans les salpingites en dehors de la grossesse, la tumeur tombe dans le cul-de-sac postérieur ; mais pendant la grossesse, à la suite du mouvement ascensionnel de l'utérus, les trompes, qui ont participé à l'hypertrophie générale, subissent des déplacements successifs, qui leur donnent, à la fin de la gestation, suivant *Lepage et Ribemont-Desaignes*, une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors ; leur point d'insertion se trouve également plus rapproché de la face antérieure que

de la face postérieure de l'utérus. Il a lieu à l'union du quart supérieur et des trois quarts inférieurs de la hauteur totale de l'utérus.

Dans notre observation la tumeur était en rapport avec le muscle *psoas iliaque*. Les *pyosalpinx* sont très rarement tordus car ils sont adhérents aux parties voisines et que la mobilité des *salpingites* est une condition de leur torsion (*Legueu et Labadie-Lagrave*).

Enfin, dans les cas où un orifice de la trompe est resté perméable, c'est presque toujours celui du côté de l'utérus.

Dans notre observation, l'*ostium uterinum* était fermé ainsi que l'*ostium abdominale*. Si par exception l'orifice abdominal est ouvert quand il y a excès de pression dans la collection purulente, l'issue du liquide du côté du péritoine amène fatalement une péritonite qui peut être généralisée ou localisée grâce à des adhérences antérieures.

II

ETIOLOGIE ET MÉCANISME

La grossesse et surtout le travail favorisent l'évacuation du pus par l'orifice de la trompe. Ceci se fait sans rupture, sans solution de continuité du pyosalpinx ; comme il arriva dans le cas de A. Grosse et Herrenschmitt, ou bien il y a rupture brusque et pour ainsi dire invasion *cataclysmique* du pus dans le péritoine ; c'est cette rupture qui nous intéresse spécialement.

Elle est favorisée par l'adhérence de la trompe avec les organes voisins, dans ces conditions, lorsque les organes, ou l'utérus subissent un déplacement quelconque, il en résulte une traction excentrique bien propre à rompre une paroi déjà altérée.

Or cette paroi peut être altérée jusqu'à la nécrose. La trompe peut être formée par un sac noirâtre portant à sa surface des traces de mortification commençante (*Obs. II. Pozzi. Soc. d'Obst. gyn. Pæd., 6 avril 1900*).

M. Legueu rapporte un cas de *Hermann* dans lequel l'abaissement de l'utérus par la pince de Museux, déterminait la rupture du kyste tubaire.

Les poches de pyosalpinx sont parfois très fragiles *M. Legueu* en a vu deux fois, se rompre pendant le palper abdominal pratiqué même avec douceur.

Pendant la grossesse ou pendant le travail il peut survenir chez une femme portant un pyosalpinx, des poussées de pelvi-péritonite dont la cause n'est pas toujours soupçonnée.

Ces exacerbations sont souvent la conséquence des tiraillements et des compressions auxquels est soumise la trompe par suite du développement et de l'ascension de l'utérus.

Mettons cela au pire, et plaçons-nous dans le cas d'un travail lent et pénible ; chez certaines primipares par exemple, on comprendra très bien alors, que sous l'influence des contractions utérines pendant l'expulsion, de la régression utérine au moment de la délivrance, il se produise une éraillure, une déchirure légère de la poche purulente tubaire.

On peut du reste se demander si au moment des contractions utérines du travail, il n'y a pas simultanément contraction des fibres musculaires de la paroi tubaire.

Le rôle actif de celles-ci expliquerait alors suffisamment l'expulsion directe du pus dans le péritoine.

En outre lorsqu'il y a obturation des orifices on

peut voir se produire la rupture par excès de distension.

M. Delbet a fait d'intéressantes expériences sur le cadavre pour montrer que la trompe saine ne se laisse pas distendre au delà du volume d'un crayon, et que lorsqu'on pousse une injection forcée la rupture se fait en bas entre les deux lames du mésosalpinx.

D'après *Labadie-Lagrave* et *Legueu* la rupture résulte en réalité des progrès de la lésion pariétale sur un point.

Ainsi se forme soit une ulcération, soit un amincissement local dû à un trouble trophique et quand des causes de compression de tiraillement se rencontrent, la perforation se fait au niveau du point faible.

III

DIAGNOSTIC

Comme presque toujours il s'agit de femmes dont la grossesse a évolué loin des yeux du médecin, et qui sont en plein travail, le diagnostic est extrêmement difficile.

Il est en effet particulièrement difficile à ce moment où l'utérus occupant tout l'abdomen depuis le pubis jusqu'au creux épigastrique, empêche la palpation et le toucher des annexes : encore plus difficile pendant l'accouchement ; les contractions douloureuses du travail, les vomissements, le surmenage de la femme peuvent masquer complètement les phénomènes réactionnels dus à la rupture d'une collection tubaire.

Au début du travail il y a souvent en effet quelques vomissements ou une diarrhée subite qui font prendre les symptômes de la rupture du pyosalpinx, quand elle a lieu à cet instant précis, pour les signes précurseurs du travail normal.

Difficile surtout à droite avec les affections des voies biliaires (*cholécystites*) et de l'appendice. L'appendicite est fréquente dans la grossesse car celle-ci favorise la constipation.

Le diagnostic peut devenir impossible, si, comme dans notre observation, l'appendice a contracté des adhérences avec les annexes malades. Ici les commémoratifs peuvent servir, si la malade a présenté des accidents gonorrhéïques, si elle avoue des vaginites anciennes, si le mari est notoirement affecté de goutte militaire, comme c'est le cas dans la deuxième observation empruntée à la thèse de Clénet.

Dans les péritonites par perforation de l'estomac, du duodénum, l'entrée en scène est peut-être plus dramatique. Ce n'est qu'au bout de quelques heures, que les ruptures de pyosalpinx acquièrent le degré d'intensité, qu'on observe dans les perforations ci-dessus. On sera guidé par la recherche méthodique du principal foyer douloureux.

On peut encore être induit en erreur par un rein mobile qui peut devenir le siège de douleurs violentes par suite d'une coudure de l'uretère. Les phénomènes observés dans ces conditions consistent en une douleur brusque avec irradiation dans tout le ventre, nausées, vomissements, tympanisme abdominal. Un examen soigneux de la région peut permettre de reconnaître une tumeur sensible et réductible dans le flanc droit. C'est le rein droit ectopié avec souvent hydronéphrose intermittente. Il se

peut qu'on rencontre aussi des symptômes d'occlusion intestinale aiguë.

E Baudron rapporte un cas d'hydrosalpinx jusqu'à mobile qui avait tordu son pédicule et dont le diagnostic difficile est à faire avec la rupture du pyosalpinx.

Dans les quatre cas que nous rapportons, le diagnostic n'avait pas été fait.

Dans une observation dont, fait mention la *Thèse de Clénet* publiée par MM. *A Grosse et Herrens-chmitt* nous voyons qu'on fit un séro-diagnostic, qui, bien entendu, fut négatif et l'accouchée mourut six jours après. L'autopsie montra une grosse trompe remplie de pus mais sans solution de continuité, avec peut-être un ostium abdominal perméable et deux verres à liqueur de pus dans la fosse iliaque gauche.

Dans notre observation personnelle on a songé pendant un moment à la scarlatine à cause d'une d'une légère angine et d'une langue framboisée.

VI

PRONOSTIC POUR L'ENFANT

L'enfant peut mourir après sa naissance.

Dans l'observation de A. Grosse dont nous avons déjà parlé, l'enfant quoique bien constitué pesant 3.600 et ayant crié sitôt après sa naissance, fut pris, quelques heures après, de phénomènes de cyanose et d'hyperthermie. Il mourut trente-six heures après l'accouchement.

Dans le cas de J.-W. Rob que nous rapportons, (*Obs. I*) l'enfant bien portant au moment de sa naissance mourut vingt-quatre heures après environ et l'autopsie ne montra pas autre chose que des signes d'asphyxie.

Dans notre observation, l'enfant naquit bien constitué, actuellement, il continue à se bien porter.

Pour expliquer la mort de ces enfants, dans les quelques heures ou les jours qui suivent l'accouchement, après avoir présenté les signes d'une vitalité parfaite ; on admet que les toxines microbiennes ont

atteint directement l'enfant en pénétrant au niveau du placenta dans l'organisme fœtal.

Ces enfants ont souffert pendant un travail pénible. L'infection maternelle peut exercer pendant tout le cours de la grossesse une fâcheuse influence sur le fœtus ; c'est le cas pour les femmes dont nous parlons, porteuses d'une salpingite depuis longtemps.

D'autre part on connaît le rôle de l'hyperthermie maternelle sur le fœtus, rôle plus accentué quand le surchauffage est brusque (*Doléris*).

Quand le travail a été long et pénible, quand la femme a présenté des phénomènes de pelvi-péritonite qui ont passé inaperçus et lorsque la rupture du pyosalpinx a eu lieu depuis déjà un long temps (*au début du travail par exemple*), on peut comprendre la mort par asphyxie les enfants, à cause de la pauvreté du sang maternel en oxygène, dans les derniers moments de l'accouchement.

V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT POUR LA MÈRE

Le pronostic est le plus grave. Dans les quatre cas que nous observons, la mort a suivi la rupture du pyosalpinx dans les premier, deuxième, troisième et quatrième jours après l'accouchement.

Ce pronostic est rendu si grave d'abord parce que le diagnostic n'étant presque jamais fait, on attend toujours une sédation des accidents aigus. Ensuite et surtout, parce que cette péritonite généralisée d'emblée, survenant chez une femme à terme, au moment de l'accouchement, et coïncidant avec l'époque la plus critique de la puerpéralité, place la femme dans les pires conditions.

On nous permettra d'être réservé pour l'indication du traitement. Dans les faits que nous rapportons, comme on ne savait rien sur le passé génital de la femme, qu'on n'avait pas de détails sur l'existence d'une inflammation pelvienne au cours de la grossesse, et que, tout de suite, les femmes se trouvè-

rent dans un état très grave, on ne fit pas de traitement autre que le traitement symptomatique.

Mais, il semble logique d'admettre que, l'accouchement étant fait, si on avait des raisons valables pour songer à une rupture de pyosalpinx, le traitement chirurgical serait le seul indiqué.

On ferait la laparotomie avec les trois incisions recommandées par Peyrot et Guinard (*Peyrot. Soc. Chir.*, 5 mai 1897), c'est-à-dire :

Une incision médiane ;

Deux incisions latérales, suivant les lignes de ligature des iliaques externes.

Après avoir étanché le pus, déversé dans la cavité péritonéale, on en ferait le drainage :

Pour cela, on disposerait deux tubes en caoutchouc, de la grosseur du pouce, dans chacune des plaies et on les fixerait à la paroi.

Une fois les drains bien en place, on ne rétrécirait que légèrement les incisions, et on achèverait l'occlusion en bourrant les plaies, entre les drains, avec de la gaze iodoformée.

Enfin le traitement serait complété par des injections sous-cutanées de sérum artificiel, soit le sérum de *Hayem* à doses massives, soit de préférence le sérum de *Chéron* « Chez des opérés même très déprimés, il suffit, en effet, de quatre ou cinq injections de dix à trente grammes chaque, par vingt-quatre heures, pour obtenir des résultats évidents. »

(*P. Segond. Soc. de chir.*, 18 décembre 1895.)

OBSERVATIONS

Observation I

Traduite et extraite de *The Lancet*.

Rupture mortelle d'un pyosalpinx pendant le travail.

J.-W. ROB. *The Lancet*, février 1906, page 365.

Le cas suivant est intéressant à plus d'un titre. Il est rare qu'un pyosalpinx non reconnu se rompe pendant le travail. Les symptômes présentés ne furent point ceux qu'on rencontre habituellement dans les cas de rupture de pyosalpinx, et ce cas montre comment, sans la moindre faute commise, un médecin peut être mis en échec avec des circonstances ennuyeuses et pénibles, contre lesquelles il ne pouvait se mettre en garde.

Le mercredi 6 décembre à 8 h. 30 du soir je fus appelé auprès d'une femme en travail. Mon confrère était mort deux jours seulement auparavant, qui devait voir le cas.

La femme, que je voyais pour la première fois, avait l'apparence de la vigueur et de la bonne santé. Elle était mariée depuis dix mois. Elle avait à son service une nourrice au mois.

On me dit que le travail avait commencé le lundi matin vers 5 heures et que les membranes s'étaient rompues vers midi le même jour. Les douleurs avaient été vives et fréquentes le mardi et rien d'anormal n'avait été signalé. La malade avait bien pris ses aliments le lundi et le mardi mais n'avait pas dormi dans la nuit du mardi. La nourrice me dit qu'elle ne m'avait pas envoyé chercher plus tôt, parce qu'elle savait que le premier travail était souvent long.

A 8 h. 45 la malade était pâle et épuisée, sa température était 98 F et son pouls battait 120 pulsations à la minute. La présentation était en occipito-antérieure et la tête était engagée dans le détroit du bassin. Le col était largement dilaté.

Vers 8 h. 45 et 9 h. 30 il y eut quatre ou cinq légères douleurs qui n'eurent aucun effet sur la progression de la tête, si bien que je fis demander de l'aide et, après avoir donné du chloroforme, j'accouchai la malade, avec le forceps, d'un enfant du sexe masculin et bien portant, sans autre accident qu'une légère déchirure du périnée, qui fut recousue sur-le-champ. Avant de donner le chloroforme l'abdomen était mou et non sensible. Il n'y avait eu aucun vomissement, l'utérus se contractait bien et le placenta et les membranes venaient bien complets. On fait un lavage au sublimé à 1 pour 2.000, et à 11 h. 30 du soir la malade n'était plus sous le coup de l'anesthésie, et se trouvait en très bonnes conditions.

Le jeudi, la mère et l'enfant se portèrent bien tous les deux. La mère n'avait pas eu de nausées depuis minuit,

elle avait absorbé un litre de lait chaud et un peu de bouillon et n'avait eu aucune douleur.

La température était de 99 F (37°2), le pouls à 88.

Le nouveau-né avait une grosse bosse séro-sanguine, mais autrement bien constitué.

Le vendredi matin à 11 heures, je vis de nouveau la mère, elle avait eu une bonne nuit, mais avait vomi une fois à 10 h. 30 du soir. Elle présente aussi une assez forte diarrhée.

Le ventre n'était ni tendu, ni ballonné et l'utérus pouvait facilement être palpé.

La température était de 100 F (37°7) le pouls à 96. L'enfant criait beaucoup et, comme cela semblait émouvoir la mère, il fut emmené dans une autre chambre.

A 4 heures après midi, je vis de nouveau la mère. Elle avait vomi deux fois depuis midi, et avait été à la garde-robe quatre fois. Il y eut quelques coliques mais aucune tension, aucun ballonnement de l'abdomen. Utérus toujours facile à palper. Langue bonne et humide, rien dans le thorax d'anormal à l'auscultation. La température était à 99°6 F et le pouls à 96. Je donnai un centigramme de morphine par la voie hypodermique et je prescrivis un peu de brandy sous forme de grog.

A 9 h. 30 la malade était en bon état et ne souffrait plus. Il n'y avait plus de vomissements, ni de nouvelles garde-robes. La température était de 37°7 (100 F) et le pouls à 100 pulsations par minute.

A 3 h. 30 le samedi soir on m'envoya chercher, la malade était beaucoup plus mal, elle avait vomi à plusieurs reprises et se plaignait de violentes douleurs dans le ventre. De plus elle était très affaissée.

Elle était nettement *in extremis*; la température était 98° F et le pouls à 140, mais l'abdomen n'était ni dur ni ballonné. Il y avait un peu de sensibilité au palper de l'utérus. La langue était propre et humide.

Des boules d'eau chaude furent appliquées sur l'abdomen et je donnai par la voie hypodermique un centigramme de morphine et deux milligrammes de chlorhydrate de strychnine.

La patiente ne reprit pas le dessus et la mort arriva à 5 heures.

Autopsie.

A l'autopsie on trouva environ 30 grammes de sérosité sanglante dans le péricarde et dans chaque cavité pleurale.

Les poumons, le cœur, le cerveau, la rate, le foie et les reins étaient sains.

Par endroits l'intestin grêle était hyperémié.

Autour de l'ovaire gauche et dans le Douglas on trouvait un peu de pus floconneux.

L'estomac, le pancréas et l'appendice étaient sains. Il y avait quelques vieilles adhérences autour de l'ovaire gauche et de la trompe. L'un et l'autre étaient très congestionnés.

Un peu de pus épais et jaune s'échappait de la trompe gauche qui contenait encore du pus de même nature.

L'utérus était tout à fait normal à l'intérieur.

Je n'ai pu obtenir de renseignements sur la salpingo-ovarite de la part des parents.

L'enfant, qui avait été porté hors de la chambre de sa mère depuis le jeudi matin, était couché sur des coussins dans un fauteuil à la cuisine. Je l'avais vu à 1 heure après midi et il était alors tout à fait bien, mais à 2 h. 30 je le trouvai mort.

L'examen, *post mortem*, de l'enfant montra qu'il avait péri par asphyxie (*that death was due to suffocation* (Weybridge).

Observations II et III.

Deux cas de péritonite mortelle occasionnée par une pyosalpingite. LÉA, *Ann. Gyn.* Année 1901, observations rapportées in Thèse CLÉNET. Nantes, 1906.

II. — Primipare qui, après avoir été infectée par son mari, avait souffert douze mois de douleurs pelviennes intenses, qui s'accompagnaient d'un écoulement vaginal.

Durant la première période du travail, elle devint très malade. Elle eut un frisson avec une poussée thermique à 40°5.

Après la délivrance qui fut naturelle et nul examen vaginal n'ayant été fait, l'hyperthermie persista et une péritonite généralisée se développa rapidement.

Je vis la malade en consultation le dixième jour. Elle avait alors une péritonite généralisée et de la péricardite avec des signes de toxémie profonde.

Il ne pouvait être question d'intervention chirurgicale, la mort survint trois jours après. Pas d'autopsie.

Il paraît vraisemblable que dans ce cas pendant le tra-

vail un abcès ovarique ou un pyosalpinx creva dans le péritoine, provoquant les symptômes aigus :

Le travail avait été normal, et le frisson accompagné d'hyperthermie avait commencé dix heures après la délivrance.

III. — Primipare. Travail normal, infection grave ayant débuté le troisième jour des suites de couches. Je la vis pour la première fois le neuvième jour. Elle était alors extrêmement malade.

Toxémie profonde. Température 40°. Pouls 140.

A l'examen on constata une masse dans la région des annexes gauches et une péritonite généralisée. Section vaginale qui donna issue à plusieurs onces de pus de la trompe gauche. La femme mourait vingt-quatre heures après de sépticémie.

Le mari était au moment traité pour une gonorrhée.

Clénet. A.-A. Thèse de Nantes, 1906, p. 71.

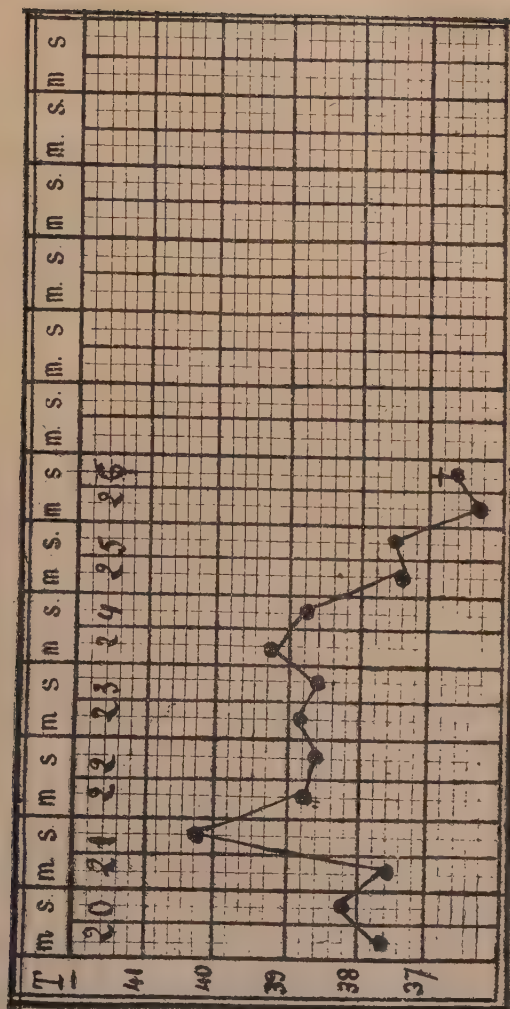
Observation IV (Inédite).

Observée dans les services de maternité et de gynécologie de l'Hôpital de Versailles.

Le 20 mai 1908, vers 2 heures du matin, une jeune fille de 16 ans mettait au monde, à l'hôpital civil de Versailles, un enfant à terme bien portant présenté par le sommet.

L'accouchement s'était passé de la façon la plus simple et, malgré une exagération des douleurs, rien n'éveillait l'idée d'une complication possible.

OBSERVATION IV



OBS. IV. — Péritonite généralisée après rupture d'un pyosalpinx. Service du Dr PARELLE.

La délivrance avait été très normale et complète et l'utérus était bien revenu.

Prise sous l'aisselle, la température était de 38°5 ; le 20 mai au soir cette température n'indiquait rien par elle même, sitôt après l'accouchement, si la femme n'avait accusé, du côté droit du ventre, une douleur très violente, avec des paroxysmes.

On pense à des douleurs utérines, à des tranchées et on fait un traitement symptomatique (cataplasmes laudanisés, etc...)

Le 21 au matin la température : 37°5, on fait passer la malade à l'isolement, sans vouloir cependant se résoudre à admettre une infection utérine.

La malade se plaint du côté droit dans la fosse iliaque, elle souffre aussitôt qu'on la touche et cette douleur nous rappelle une hyperesthésie très nette et très bien constatée pendant l'accouchement, quand la main frôlait la paroi abdominale à droite.

On fait tous les diagnostics sans pouvoir s'arrêter à aucun, tant l'idée d'accidents *post partum* prend de proportions dans l'esprit.

On fait à la malade un lavage vaginal et il s'écoule un liquide très sale et d'odeur fétide.

A l'examen on aperçoit une plaque de sphacèle localisé de la muqueuse sur le pilier postérieur du vagin du voisinage de la fourchette.

Le lavage utérin ramène un liquide à peine souillé sans odeur.

La malade interrogée à fond nous raconte qu'il y

a deux mois, elle avait été blessée à la vulve, par un éclat de vase de nuit en faïence.

La petite plaie s'était très lentement agrandie, puis enfin s'était guérie.

On mit alors la température au compte de sphacèle vaginal.

La douleur persistait à droite dans l'abdomen et se révélait à la palpation légère et superficielle comme à la palpation profonde.

La malade nous avoue qu'elle souffrait aussi depuis longtemps et qu'elle perdait en blanc.

La langue est rouge et sèche ; le pouls est à 120.

Le 21 à 2 heures après-midi température : 40°4.

On pense à la scarlatine, à cause d'une légère angine, de la langue framboisée.

Le 22 au matin le thermomètre marque 39°.

État général encore bon, pouls à 125. M. le D^r Parelle vérifie avec la curette la cavité utérine et ne ramène aucun résidu placentaire ou membraneux.

Forcé d'admettre une infection vaginale, avec des restrictions, on fait des injections vaginales antiseptiques.

Le 22 au soir température 38°9, même état.

Le 23 rien de changé, température du matin 39°, température du soir 38°7, la diarrhée apparaît.

Le 24 même état local, la malade souffre moins, la diarrhée est très abondante, fétide, le ventre est légèrement ballonné, les traits sont un peu tirés, la malade vomit tout ce qu'elle prend.

Le 25 température du matin 37°4, au soir 37°5.

L'état général semble plus mauvais, le pouls bat toujours à 120, les traits sont très tirés, la langue est sèche, la diarrhée s'arrête.

En somme à part le facies et le pouls on peut songer à une évolution normale vers le mieux, mais le 26 au matin, hypothermie.

La malade est très affaiblie, le pouls très rapide, le facies franchement péritonéal, le ventre ballonné et douloureux partout.

La langue est très sèche et couverte de fuliginosités, les extrémités sont froides, les vomissements porracés et la malade meurt la nuit suivante sans avoir perdu conscience de ce qui se passait autour d'elle.

Autopsie. — Due à l'obligeance de mon ami M. ADAM, interne à l'Hôpital civil de Versailles.

A l'ouverture du ventre, un flot de pus s'écoule, jaune, d'odeur nauséabonde, le grand épiploon s'étend partout, ecchymotique adhérent à la paroi antérieure, à l'intestin, à l'utérus.

Après l'avoir détaché de ses adhérences, et après avoir évacué le pus, dans lequel baignent tous les organes de l'abdomen et du petit bassin, on arrive, par une incision latérale de la paroi pour avoir du jour, sur un paquet d'adhérences occupant toute la fosse iliaque droite. Déchirées peu à peu et prudemment on voit s'écouler du pus en grande abondance.

On pense alors à une appendicite, mais l'appendice détaché peu à peu de la masse adhérente, se montre à peine congestionné. Il était attiré, enveloppé dans les adhérences voisines ; au milieu de celles-ci, grosse comme *un boudin*, la trompe remonte jusque sous le cæcum sur le muscle psoas-iliaque.

A sa partie moyenne, un caillot sanguin obture une déchirure grande comme une pièce de cinquante centimes d'où s'échappe encore du pus.

La péritonite est due à la rupture d'un pyosalpinx pendant l'accouchement.

L'ostium uterinum était fermé, l'abcès était clos par conséquent du côté de l'utérus.

L'ostium abdominale était fermé, la rupture était entre les deux orifices, la trompe gauche était malade mais à un moindre degré.

L'enfant, venu au monde bien portant, n'a présenté rien d'anormal par la suite, il est actuellement en bonne santé.

CONCLUSIONS

Autant qu'il nous est permis de conclure de ces quelques observations, nous dirons que :

Les cas de ruptures de pyosalpinx au cours de l'accouchement sont très rares.

L'existence d'un pyosalpinx, pendant la grossesse, constitue un danger sérieux pour la femme. Que ce danger est encore plus grand pendant le travail, par la menace de rupture intra-péritonéale.

Le mécanisme et l'étiologie de ces ruptures sont expliqués par les lésions de la paroi du pyosalpinx, les compressions, les tiraillements et les contractions utérines.

Le diagnostic, très difficile, est rarement fait en temps opportun.

Le pronostic est extrêmement grave pour la mère et inquiétant pour l'enfant.

Le traitement, quand il est possible, consiste dans la laparotomie.

Vu : le Président de la thèse
PAUL SEGOND

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- CLÉNET ANDRÉ-ALFRED. — Contribution à l'étude de la salpingite, dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité (Paris: Nantes, 1906, 84 p. 8°.
- ROB (G.-W.). — Rupture mortelle d'un pyosalpinx pendant un travail pénible (*Lancet*, London, 1906). I, 365.
- PEYROT. — *Soc. chirurg.*, 5 mai 1897.
- LEGUEU. — *Comptes rendus de la Soc. Obst. Gyn. et Péd. de Paris*, mai 1903 (page 83).
- F. CAMPIONE. — De l'influence des inflammations pelviennes sur les états puerpéraux (*Annales de gyn. et obst.* XXXV^e année, 2^e série, tome V, page 317, mai 1908).
- LOBENSTINE et HARRAR. — (*Med. Record*) 13 avril 1907.
- DOLÉRIS. — *L'obstétrique*, 1908.
- LEGUEU. — De la colpotomie dans les suppurations anue-xielles (*Revue internationale de médecine et chirurgie*, 25. octobre 1898).
- A. GROSSE et HERRENSCHMITT. — *Bulletin de la Soc. obst. et péd.* (juin 1904).
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement (1905).

P. SECOND. — *Soc. d'obst. gyn. et péd.*, 2 mars 1906.

LEGUEU. — *Soc. d'obst. gyn. et péd.*, mai 1903.

P. SEGOND. — *Soc. de chirurgie*, 18 décembre 1895.

LÉA. — *Annales gynécologiques*, 1901.

LEPAGE et RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique.

DELBET. — Suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

GOSSET et MOUCHOTTE. — *Ann. gyn. et obst.*, novembre 1900.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, 1899.

POZZI. — *Soc. obst. gyn. et péd.*, 6 avril 1900.

E. BAUDRON. — *Bulletin soc. obst. gyn. et péd.*, 6 avril 1895.

